

مطالعه رابطه توانمندسازی روانشناختی با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار شهر رشت

مقصود فقیرپور^۱، الهام احمدی*^۲

چکیده

مقدمه: یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های زنان سرپرست خانوار در کشورهای مختلف عدم حمایت از سوی اطرافیان و نهادهای ذی‌ربط می‌باشد. در واقع، این افراد همواره در خطر مشکلات روحی و احساسی قرار دارند و از همین رو، توجه به شرایط زندگی آنها بسیار حیاتی می‌باشد.

روش پژوهش: جامعه آماری پژوهش زنان کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر رشت در سال ۱۳۹۷ بودند. به منظور اندازه‌گیری حجم نمونه از جدول مورگان استفاده گردید و در نهایت تعداد ۳۸۱ نفر به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند. در این تحقیق از پرسشنامه‌های توانمندسازی روانشناختی اسپریتزر، و سلامت روان گلدبرگ و میلر استفاده گردید. در نهایت، بعد از در نظر گرفتن مقدار خطای توزیع پرسشنامه‌های، تعداد ۴۰۳ پرسشنامه صحیح توسط محقق دریافت شد. تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده نیز از روش مدل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS 21 و 3-PLS انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین تمامی ابعاد توانمندسازی روانشناختی (شایستگی، خودمختاری، تاثیرگذاری، معنی‌دار بودن و اعتماد) و تمامی ابعاد سلامت روانی (شامل سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی) در سطح معناداری ۲۵/۱۳۱ ($P < 0/05$) در زنان سرپرست خانوار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های تحقیق حاضر، برنامه آموزش توانمندسازی روانشناختی زنان سرپرست خانوار با به‌کارگیری سیستماتیک دانش‌ها، مهارت‌ها، نگرش‌ها و ارزش‌ها می‌تواند موجب رشد و شکوفایی زنان در ایفای نقش خود به عنوان عضوی از خانواده شده و با جلوگیری از درماندگی در تصمیم‌گیری‌های زندگی، باعث بهبود تسلط و کنترل بر زندگی شخصی و بالا بردن کیفیت زندگی خانوادگی‌شان شود.

کلید واژه: توانمندسازی روانشناختی " زنان سرپرست خانوار " سلامت روان "

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۸/۵/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۱۲

استناد: فقیرپور م، احمدی ا: مطالعه رابطه توانمندسازی روانشناختی با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار شهر رشت، فصلنامه خانواده و بهداشت، ۱۳۹۸، ۱ (۹): ص ۲۷-۱۳

^۱ استادیار، عضو هیئت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت.

^۲ نویسنده مسئول، مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، elhamahmadi10947@gmail.com

مقدمه:

پدیده‌ی «زن سرپرست خانوار» یک واقعیت اجتماعی است که در تمام جامع به انواع گوناگون وجود دارد. زنانی که بخاطر طلاق، اعتیاد، فوت، مهاجرت، زندانی بودن، از کار افتادگی و یا متواری بودن همسر، شریک زندگی‌شان سهمی در درآمدهای خانواده ندارد، چه بسا بودنشان خود یک رویداد آسیب‌زا محسوب می‌شود. این زنان در مقایسه با سایر زنان جامعه از آسیب‌های اجتماعی، روانی و اقتصادی بیشتری رنج می‌برند. در واقع، انتقال ناگهانی سرپرستی از شوهر به زن باعث به وجود آمدن رشته‌ای از ناامنی‌ها و وظایف مضاعف شامل از دست دادن درآمد، تربیت فرزندان و ایفای نقش دوگانه (پدر و مادری) برای زنان می‌شود و این مشکلات باعث تاثیر منفی روی سلامت، رضایت و کیفیت زندگی زنان شده و مشکلات روانشناختی متعددی ایجاد می‌کند (۱). چیسمن، فرگوسن و کوهن (۲) معتقدند که مشکلات عاطفی-روانی زنان سرپرست خانوار منجر به آسیب‌های روحی مانند نشانه‌های اختلال استرس پس از ضربه، اضطراب و افسردگی می‌شود. فقر زنان سرپرست خانوار صرفاً اقتصادی نیست، بلکه جنبه‌ی اجتماعی و روانی هم دارد.

توماس و ولتوس (۳) در مقاله خود با عنوان «عناصر شناختی توانمندسازی»، توانمندسازی روانشناختی را مفهومی چندبعدی دانسته و آن را به عنوان فرآیند انگیزش درونی در انجام وظیفه تعریف کرده‌اند. رویکرد روانشناختی، توانمندسازی را به طور وسیع‌تر به عنوان یک حالت انگیزش درونی در ارتباط با شغل تعریف می‌کند که شامل پنج احساس درونی خودمختاری، شایستگی، معنی‌داری، تاثیرگذاری و اعتماد است. در واقع توانمندسازی فرآیندی است که در آن از راه توسعه و گسترش نفوذ و قابلیت افراد و تیم‌ها به بهبود و بهسازی مستمر عملکرد کمک می‌شود (۴).

در توضیح مسئله توانمندسازی^۱ می‌توان گفت که این قابلیت به شخص حس شایستگی، تسلط و قدرت و یک حس کنترل و نمایندگی را می‌دهد. در آموزش والدین، توانمندسازی یادگیری انجام نقش والدینی با حس افزایش کنترل، هویت مثبت و زندگی رضایت‌بخش است. عمل توانمندسازی طنین‌انداز «دیدگاه قدرت» در افرادی است که دارای قدرت و قابلیت توسعه شایستگی هستند. آموزش والدین برای توانمندسازی نقاط قوت و شایستگی آنها را فعال می‌کند تا امکان تغییر را پیدا کنند. چیزی که والدین از تجربیاتشان یاد می‌گیرند دانش زندگی آنها را برای انجام وظایف والدینی تشکیل می‌دهد (۵). در برنامه آموزشی توانمندسازی روانشناختی مادران مؤلفه‌هایی از جمله آشنایی با خصوصیات دوران نوجوانی، یادگیری مهارت کنترل خشم، خودکنترلی، تصمیم‌گیری، خودکارآمدی، روش‌های تشویق و تقویت و دلگرمی دادن، افزایش عزت‌نفس و اصلاح باورهای غیرمنطقی وجود دارد. به نظر می‌رسد که این برنامه آموزشی قابلیت لازم برای تأثیرگذاری در کاهش تعارضات مادر - فرزندی را دارد (۶).

زنان با هدایت امور، تربیت فرزندان و ایجاد آرامش روانی در زندگی خانوادگی در سازمان‌دهی و مدیریت خانواده نقش محوری بر عهده دارند، به طوری که در اغلب موارد پس از فقدان نیز با تقبل کلیه وظایف خانواده به عنوان زن سرپرست خانواده به تثبیت و استحکام خانواده تلاش مضاعفی را به عمل می‌آورد و انجام چنین وظایف خطیری بدون شک نیازمند توانایی‌ها و ظرفیت‌های بالایی است و توجه ویژه‌ای را می‌طلبد (۷).

طبق رویکرد جدید سازمان بهداشت جهانی، سلامتی نه فقط به معنای عدم وجود بیماری، بلکه به معنای حالت رفاه و آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است. بنابراین در ارزیابی سلامت افراد نباید فقط به شاخص‌های سنتی سلامتی نظیر میزان مرگ‌ومیر و ابتلا به بیماری توجه کرد، بلکه باید به ادراک افراد از کیفیت زندگی نیز توجه کرد (۸). به اعتقاد روانشناسان احساس سلامتی به معنی آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی جنبه‌های فردی است که از عناصر معنوی زندگی تشکیل

¹ - Empowerment

می‌گردد. سلامت روانی نوعی وضعیت ذهنی است که با شماری از متغیرهای درونی و بیرونی در ارتباط است که می‌تواند از فقدان بیماری تا رضایت کامل و لذت بردن از زندگی را شامل شود (۹).

انجمن پرستاران آمریکا (ANA)^۱، سلامت روانی را به صورت خوب بودن روانی و عاطفی، توانایی تعامل با دیگران، غلبه بر استرس‌های روزانه، و درک واقع بینانه فرد از محیط اطرافش تعریف می‌نماید (۱۰). در واقع، سلامت روانی عبارت است از احساس رضایت و بهبود روانی و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه. سلامت روانی نیز همانند سلامت جسمی، چیزی فراتر از نبودن بیماری یا سایر مشکلات است. پژوهش‌گران معتقدند سلامتی و بیماری یک حالت مطلق و مستقل و یک رویداد نیست، بلکه فرایندی است که تاثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی در شکل‌گیری آن برجسته می‌شود (۱۱).

به عبارتی، مدل زیستی-روانی-اجتماعی سلامت که در آن عوامل زیستی (مانند ویروس‌ها، باکتری‌ها، زخم‌ها و جراحات‌ها) با عوامل روانی (مانند نگرش‌ها، عقاید، خصوصیات شخصیتی و رفتارها) و عوامل اجتماعی (مانند طبقه اجتماعی، اشتغال و قومیت) در تعامل با هم سلامت فرد را تعیین می‌کنند، دقیق‌تر می‌تواند سلامت را تبیین کند. در کل عوامل سلامت در دو بعد جسمانی، روانی و رفتاری در نظر گرفته می‌شوند و باید توانایی شخص در مقابله با مشکلات زندگی روزمره و تمایل وی به جستجوی چالش و تنوع در زندگی نیز در بررسی سلامت مورد توجه قرار گیرد (۱۲).

بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۲ در سال ۲۰۱۰ در دنیا بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم از یک نوع اختلال روحی روانی رنج می‌برند، هر ساله حدود ۲۰٪ از بزرگسالان یک مشکل بهداشت روانی را تجربه می‌کنند، نزدیک به یک میلیون نفر مرتکب خودکشی می‌شوند و از هر ۴ خانواده یک خانواده عضوی با اختلالات روانی دارند. سلامت روان برای مدت‌های زیادی در پشت پرده‌ای از انگ و تبعیض پنهان شده و اکنون پیشرفت علم بشر بستری برای بیان سلامت روان و پرداختن به آن را فراهم نموده است (۱۳). از طرفی می‌دانیم که برای همه‌ی افراد سلامت روحی، جسمی و اجتماعی برای ساخت مسیر زندگی حیاتی است. همچنین ارتقاء آن در تمام دوران زندگی لازم است (۱۴).

بر همین اساس، توجه به موضوع سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار که با مشکلات درونی و بیرونی متفاوتی در زندگی خود مواجه هستند از جمله مسائلی است که نیاز به بررسی و مطالعه محققان و پژوهشگران حوزه روان‌شناسی دارد. از این رو، هدف از تحقیق حاضر پاسخگویی به این سوال اساسی است که آیا ارتباط معناداری بین توانمندسازی روانشناختی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار وجود دارد؟

در همین راستا، برخی از مطالعات داخلی به بررسی تاثیر توانمندسازی روانشناختی بر سلامت روان پرداختند. برای مثال، مجیدی‌پرست و عسگری (۱۵) در پژوهش خود به چگونگی تاثیرگذاری توانمندسازی زنان سرپرست خانوار با تاکید بر تعاونی‌ها پرداختند که بر اساس نتایج بدست آمده از پژوهش آنها، در زمینه توانمندسازی پنج سطح برای مدل ارزشیاب توانمندسازی شامل آموزش، تسهیلگری حمایت، آشکارسازی و آزادسازی در نظر گرفته شده که این سطوح در شرکت‌های تعاونی قابلیت اجرا دارند و تعاونی‌ها دارای ساختار مناسبی برای آموزش و اشتغال زنان به ویژه زنان سرپرست خانوار می‌باشند و با توجه به اصولی که در تشکیل آنها مورد توجه است می‌تواند منجر به توانمندسازی زنان و خودکفایی و خود اتکایی آنان شود. از طرفی، پژوهش نیک‌منش و کلانتری (۱۶) نشان داد که بین ابعاد مقابله مذهبی و بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت

1 -American Nurses Association

2 -Worth Health Organization

و معناداری وجود دارد. همچنین، مطالعه ابریشم‌کش و همکاران (۱۷) نشان داد که بین سرسختی و تاب‌آوری با سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد.

همچنین، سلمانپور و همکاران (۱۸) در بررسی اثربخشی توانمندسازی روانشناختی در ارتقاء سلامت عمومی خانوارهای تحت پوشش زنان نشان دادند که برگزاری دوره‌های آموزش توانمندسازی شناختی، روش مناسبی برای بهبود شرایط مادران سرپرست است. صفا و بابایی (۱۹) در بررسی عوامل موثر بر توانمندسازی زنان سرپرست خانوار نشان دادند که ویژگی فردی بیشترین تاثیر را بر توانمندسازی زنان داشت. همچنین آموزش و پرورش، مهارت‌ها، وضعیت اشتغال زنان بر توانمندسازی زنان که دارای تحصیلات عالی و یا مهارت‌های فنی قوی‌تر بودند، تاثیرگذار بود. نتایج همچنین نشان داد که میان وام‌های خودکفایی و توانمندسازی روانشناختی و اقتصادی زنان رابطه معناداری وجود دارد. این یافته‌ها همراستا با مطالعات عباس‌زاده، بوداقی و اقدسی علمداری (۲۰) بودند که به بررسی توانمندسازی زنان سرپرست خانوار پرداختند.

در خصوص پژوهش‌های خارجی می‌توان به مطالعه نیتی و جاور (۲۱) اشاره نمود که وضعیت اشتغال و رفاه اقتصادی خانوارهای دارای زنان سرپرست را مورد بررسی قرار دادند و بر اساس مطالعات آنها زنان سرپرست شاغل از مزایای تامین اجتماعی و پزشکی، مراقبت از کودک و حقوق بازنشستگی برخوردار بودند، درحالی که در زنان فاقد شغل استخدامی این مزایا وجود نداشته و در شرایط سختی به سر می‌برند. مطالعه شارانگا و همکاران (۲۲) نیز گویای آن بود که خانوارهای تحت سرپرستی زنان با سطوح بالاتری از وضعیت اقتصادی، توانمندسازی فیزیکی، روانشناختی و مهارت‌های مدیریت مالی هستند که به امنیت ذخیره غذایی آنها کمک می‌کند.

روش پژوهش:

روش تحقیق حاضر از نوع همبستگی بوده و با توجه به دسته بندی تحقیقات بر حسب هدف، از نوع تحقیقات کاربردی به شمار می‌رود. همچنین، از نظر نحوه‌ی گردآوری داده‌ها جزو تحقیقات توصیفی بوده است که به توصیف متغیرهای تحقیق و چگونگی ارتباط آنها پرداخته گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان زیر ۵۰ سال کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر رشت بودند که بر اساس آمار بدست آمده حدوداً ۵۰۰۰ سرپرست خانوار در سال ۱۳۹۷ تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر رشت بودند. به منظور انتخاب افراد حاضر در مطالعه از معیارهای ورود به مطالعه‌ای نظیر توانایی خواندن و نوشتن، عدم ازدواج مجدد، داشتن شرایط روحی مناسب برای پاسخگویی به سوالات و عدم استفاده از قرص‌های روان‌گردان بهره گرفته شد. به منظور اندازه‌گیری حجم نمونه از جدول مورگان استفاده گردید که بر اساس آن تعداد حجم نمونه برابر با ۳۸۱ نفر بدست آمد و بعد از در نظر گرفتن ۱۰ درصد خطای توزیع پرسشنامه‌های تحقیق و توزیع ۴۲۰ پرسشنامه، ۴۰۳ پرسشنامه صحیح به روش غیرتصادفی در دسترس جمع‌آوری گردید. همچنین کلیه تجزیه و تحلیل‌های مربوط به آمار توصیفی و استنباطی به وسیله نرم افزارهای آماری SPSS 21 و تحلیل مسیر نیز به کمک نرم‌افزار Smart PLS 3.0 انجام می‌گیرد. در این تحقیق از دو پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی و سلامت روان استفاده گردید که توضیحات آنها به شرح زیر می‌باشد:

پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی: پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی اسپریتزر (۱۹۹۵) دارای ۱۵ سوال بوده و هدف آن سنجش توانمندسازی روانشناختی بوده و ابعاد آن (شایستگی، خودمختاری، تأثیرگذاری، معنی‌دار بودن و اعتماد) است. این پرسشنامه دارای پنج بُعد شایستگی (سوالات ۱ تا ۳)، خودمختاری (سوالات ۴ تا ۶)، تأثیرگذاری (سوالات ۷ تا ۹)، معنی‌دار بودن (سوالات ۱۰ تا ۱۲) و اعتماد (سوالات ۱۳ تا ۱۵) بود. به منظور بدست آوردن امتیاز هر بُعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را با هم جمع نمایید. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با

هم جمع کنید. امتیازات بالاتر بیانگر میزان توانایی بیشتر سازمان در توانمندسازی کارکنان خواهد بود و برعکس. در پژوهش تیمورنژاد و همکاران (۱۳۸۹) جهت افزایش روایی پرسشنامه از نقطه نظرات کتبی و شفاهی اساتید متخصص این رشته و کارشناسان وزارت امور اقتصادی و دارایی با توجه به شرایط و ضوابط حاکم بر سازمان استفاده گردید. همچنین به منظور تعیین پایایی پرسشنامه، ابتدا ۳۰ نفر از جامعه آماری انتخاب و پرسشنامه در اختیار آنها قرار گرفت و سپس از روش آلفای کرونباخ جهت تعیین پایایی پرسشنامه استفاده گردید که مقدار آلفا آن برابر ۰/۹۵ بدست آمد که می‌توان گفت پرسشنامه از ثبات و پایایی قابل قبولی برخوردار است. آلفای کرونباخ بدست آمده برای این متغیر در تحقیق حاضر به میزان ۰/۸۳۲ بدست آمد که نشان از تایید پایایی پرسشنامه دارد.

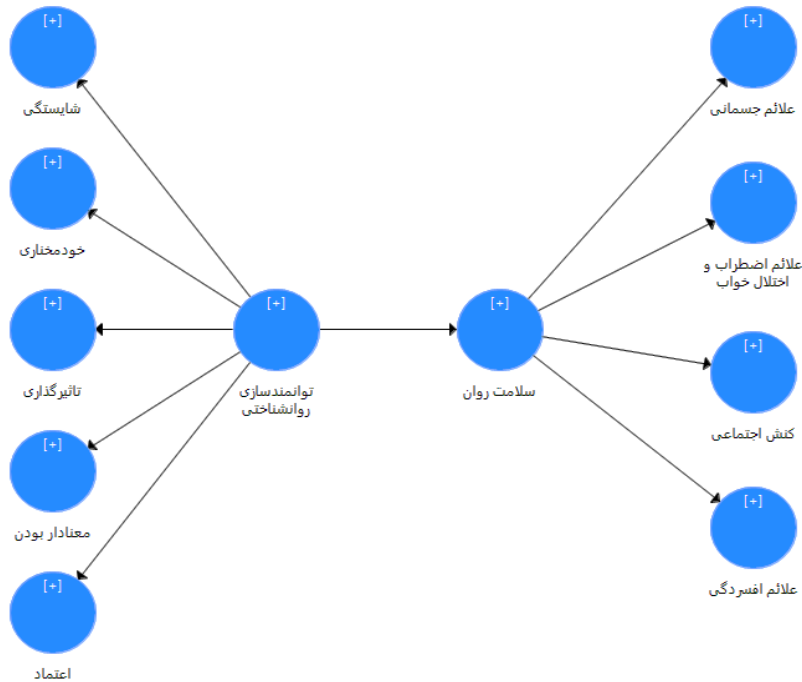
پرسشنامه سلامت روان: پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و میلر بر اساس تکنیک تحلیل عاملی بر روی فرم ۶۰ ماده‌ای آن طراحی شد. این پرسشنامه مشتمل بر چهار مقیاس فرعی است که در هر یک از آنها هفت سوال قرار دارد و در مجموع ۲۸ سوال دارد. مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، کنش اجتماعی و علائم افسردگی. پرسشنامه مذکور دارای ۴ مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ سؤال داشت. نحوه نمره‌گذاری مقیاس‌ها نیز بدین ترتیب بود که چهار طیف آن به ترتیب دارای نمرات ۶-۰ برای «هیچ یا کمترین حد»، ۱۱-۷ برای «خفیف»، ۱۶-۱۲ برای «متوسط» و ۲۱-۱۷ برای «شدید» بوده است. بنابراین، نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمره‌های چهار مقیاس فرعی به دست می‌آید و بدین برای هر کدام از گروه‌های فرق نمرات در کل پرسشنامه می‌توانست بین ۲۲-۰، ۴۰-۲۳، ۶۰-۴۱ و ۸۴-۶۱ باشد. در تحقیق رجیبی (۱۳۸۳) ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه سلامت روانی برای دانشجویان دختر ۰/۸۷ و ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۸ و ۰/۹۰ محاسبه شده است. میزان اعتبار پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای مقیاس‌های علائم جسمی ۰/۸۷، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۳، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۷ و افسردگی ۰/۸۹ و کل پرسشنامه ۰/۸۳ به دست آمد. آلفای کرونباخ بدست آمده برای این متغیر در تحقیق حاضر به میزان ۰/۷۹۰ بدست آمد که نشان از تایید پایایی پرسشنامه دارد.

یافته‌ها:

همانطور که اشاره شد، در این تحقیق تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو قسمت آمار توصیفی و استنباطی ارائه شد. نتایج آمار توصیفی مربوط به سن افراد نشان داد که از مجموع ۴۰۳ نفر پاسخ‌دهنده به پرسشنامه‌های پژوهش، ۹/۹ درصد کمتر از ۳۰ سال، ۵۶/۶ درصد از ۳۰ تا ۴۰ سال و ۳۳/۵ درصد از ۴۱ تا ۵۰ سال سن داشتند. از طرفی، نتایج مربوط به تحصیلات زنان شرکت‌کننده در تحقیق حاضر نشان داد که ۴۰/۴ درصد زیردیپلم، ۴۲/۹ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد فوق دیپلم و ۹/۹ درصد دارای مدرک کارشناسی و یا مقاطع بالاتر بودند. در خصوص تعداد فرزندان افراد شرکت‌کننده در تحقیق حاضر، نتایج نشان داد که ۵۴/۱ درصد دارای یک فرزند، ۱۶/۴ درصد دارای دو فرزند، ۲۶/۱ درصد دارای سه فرزند و ۳/۵ درصد دارای چهار فرزند و یا بیشتر از آن بودند.

همان گونه که بیان شد، پس از توصیف متغیرها و پاسخ‌های بدست آمده از جامعه آماری، برای آزمون فرضیه‌ها و تعیین تأثیر متغیرهای مکنون از مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM)^۱ با رویکرد حداقل مربعات جزئی و نرم افزار اسمارت پی ال اس ۳ استفاده شد. برای این منظور، ابتدا مدل اندازه‌گیری برای اطمینان از روایی و برازش مناسب شاخص‌های سنجش مورد بررسی قرار گرفت و سپس نتایج به دست آمده از مدل ساختاری ارائه گردید و در نهایت نیز با استفاده از تحلیل مسیر صحت و سقم فرضیه‌های تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. شکل (۱) مدل تحقیق را در حالت شماتیک به تصویر کشیده است.

^۱ Structural equation modeling



شکل ۱. شماتیک مدل تحقیق

به منظور تحلیل مدل در روش مدل سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی مراحل همچون بررسی برازش مدل و سپس آزمودن فرضیه‌های پژوهش وجود دارد. به منظور بررسی برازش مدل به بررسی سه معیار پایایی، روایی همگرا و روایی واگرا پرداخته می‌شود. برای محاسبه پایایی از تحلیل ضرایب بارهای عاملی، ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی استفاده می‌شود. جدول (۱) نتایج استخراج بارهای عاملی مدل اصلی پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ضرایب بار عاملی مدل پژوهش

Table 1. Factor loading of the research model

علائم جسمانی	علائم اضطراب	کنش اجتماعی	علائم افسردگی	اعتماد	تأثیرگذاری	خودمختاری	شایستگی	معنادار بودن
a1	۰/۷۰۸							
a2	۰/۶۶۳							
a3	۰/۵۶۷							
a4	۰/۶۲۹							
a5	۰/۶۱۱							
a6	۰/۵۱۶							
a7	۰/۵۱۲							

a8	۰/۶۷۶
a9	۰/۶۶۱
a10	۰/۷۷۹
a11	۰/۸۴۲
a11	۰/۷۲۹
a12	۰/۵۸۲
a13	۰/۸۳۶
a14	۰/۷۷۹
a15	۰/۵۶۵
a16	۰/۶۳۵
a17	۰/۷۸۸
a18	۰/۶۳۲
a19	۰/۶۶۳
a20	۰/۶۹۷
a21	۰/۶۱۱
a22	۰/۵۵۶
a23	۰/۸۱۷
a24	۰/۸۳۱
a25	۰/۶۵۶
a26	۰/۶۲۲
a27	۰/۸۲۴
a28	۰/۷۲۸
ca1	۰/۸۶۶
ca2	۰/۹۴۹
ca3	۰/۹۲۵
cb4	۰/۵۸۴
cb5	۰/۸۷۶
cb6	۰/۷۹۵
cc7	۰/۸۰۷
cc8	۰/۸۶۸
cc9	۰/۷۳۱

cd10	۰/۷۴۸
cd11	۰/۵۲۷
cd12	۰/۸۱۱
ce13	۰/۸۸۷
ce14	۰/۸۸۰
ce15	۰/۵۷۸

همانطور که در جدول (۱) مشاهده می‌شود، بار عاملی تمامی متغیرهای مشاهده پذیر بیشتر از ۰/۵ است و لذا پایایی سوالات مورد تایید قرار می‌گیرد. بعد از تایید بارهای عاملی نوبت به بررسی ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی می‌رسد. در واقع، پایایی ترکیبی در مدل سازی معادلات ساختاری معیار بهتری از آلفای کرونباخ به شمار می‌رود. در صورتی که مقدار CR برای هر سازه بالای ۰/۷ شود، نشان از پایداری درونی مناسب برای مدل‌های اندازه گیری دارد. جدول (۲) مقادیر آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی را برای هر سازه مدل اصلی گزارش می‌کند.

جدول ۲. آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی متغیرهای مدل پژوهش

Table 2. Cronbach's alpha and combined reliability of research model variables

	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی
توانمندسازی روانشناختی	۰/۸۳۹	۰/۸۷۴
سلامت روانی	۰/۷۶۹	۰/۷۲۸

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود مقادیر آلفای کرونباخ و پایایی مرکب برای تمامی سازه‌ها بیشتر از ۰/۷ است و لذا پایایی سازه‌ها مورد تایید واقع می‌شود. سپس نوبت به بررسی روایی همگرا (AVE) می‌رسد که نشان دهنده میانگین واریانس به اشتراک گذاشته شده بین هر سازه با شاخص‌های خود است که در جدول (۳) نشان داده شده است.

جدول ۳. میانگین واریانس استخراج شده مدل پژوهش

Table 3. The mean of the extracted variance of the research model

میانگین واریانس استخراج شده (AVE)	
توانمندسازی روانشناختی	۰/۵۵۲
سلامت روانی	۰/۵۲۱

همانطور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود مقدار AVE برای تمامی متغیرهای اصلی مدل پژوهش بیشتر از ۰/۵ بوده و لذا روایی همگرای قابل قبولی نتیجه گرفته می‌شود. در خصوص روایی واگرا فورنل و لارکر بیان می‌کنند که این روایی وقتی در سطح قابل قبول است که میزان AVE برای هر سازه بیشتر از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه‌های دیگر (یعنی مربع مقدار ضرایب همبستگی بین سازه‌ها) در مدل باشد. در PLS بررسی این امر به وسیله یک ماتریس صورت می‌گیرد که خانه‌های این ماتریس حاوی مقادیر ضرایب همبستگی بین سازه‌ها و جذر مقادیر AVE مربوط به هر سازه است. مدل در

صورتی روایی واگرایی قابل قبولی دارد که اعداد مندرج در قطر اصلی از مقادیر زیرین و سمت چپ خود بیشتر باشند. نتایج ماتریس سنجش روایی واگرا به روش فورنل و لارکر در جدول (۴) نشان داده شده است.

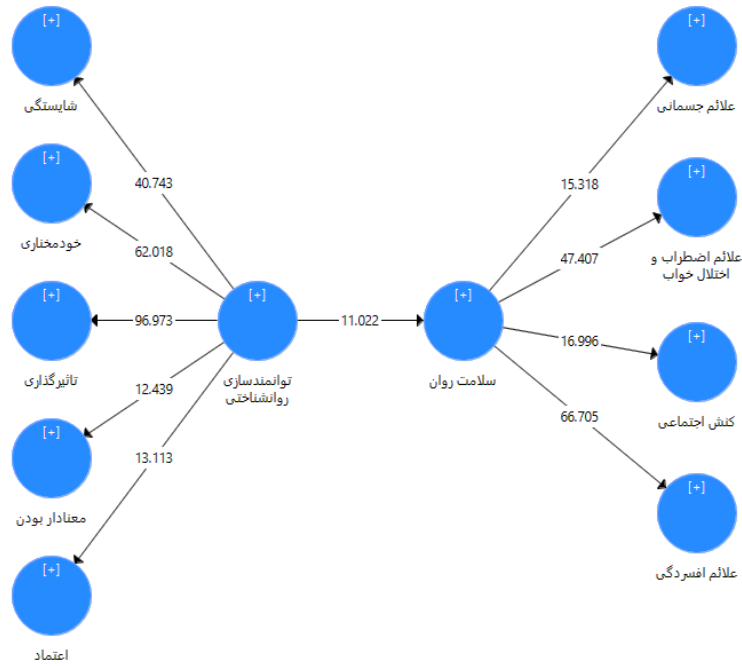
جدول ۴. ماتریس سنجش روایی واگرا به روش فورنل و لارکر در مدل پژوهش

Table 4. Divergent Validity Measurement Matrix by Fornell & Larker's Method in Research Model

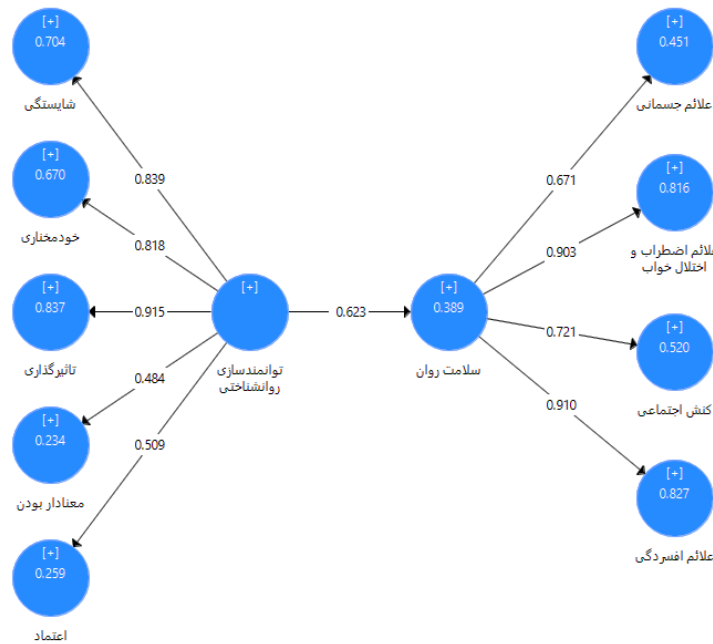
	توانمندسازی روانشناختی	سلامت روانی
توانمندسازی روانشناختی	۰/۷۹۳	
سلامت روانی	۰/۵۵۲	۰/۶۷۰

همانگونه که از جدول (۴) مشخص می‌باشد، مقدار جذر AVE متغیرهای مکنون در پژوهش حاضر که در خانه‌های موجود در قطر اصلی ماتریس قرار گرفته‌اند، از مقدار همبستگی میان آنها که در خانه‌های زیرین و چپ قطر اصلی ترتیب داده شده‌اند بیشتر است. از این رو می‌توان اظهار داشت که در پژوهش حاضر، متغیرهای مکنون در مدل تعامل بیشتری با شاخص‌های خود دارند تا با سازه‌های دیگر. به بیان دیگر، روایی واگرایی مدل اصلی در حد مناسبی است.

بعد از اثبات مقادیر پایایی و روایی داده‌ها، نوبت به ارزیابی برازش بخش ساختاری می‌رسد. در ابتدا، ضریب تعیین مورد تایید قرار گرفت که نشان از تأثیری دارد که یک متغیر برون زا بر یک متغیر درون زا می‌گذارد. سپس برازش مدل کلی با استفاده از معیار GOF انجام گرفت که حصول مقدار ۰/۵۳۸ برای مدل پژوهش حاکی از برازش قوی مدل بود. در انتها، بررسی ضرایب معناداری Z و بررسی ضرایب استاندارد شده بار عاملی مربوط به مسیرهای هر یک از فرضیه‌ها صورت می‌گیرد که این نتایج در اشکال (۲) و (۳) نشان داده شده‌اند. در بررسی مدل تحقیق در حالت ضرایب معناداری Z، ضرایب معناداری مسیرهای مدل نشان می‌دهند که آیا فرضیه‌های تحقیق معنی دار هستند یا خیر؟ ضرایب معناداری باید از ۱/۹۶ بیشتر باشد تا بتوان در سطح اطمینان ۰/۹۵ معنادار بودن آنها را تایید ساخت. اما این که چه مقدار از تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیرهای مستقل تبیین می‌شود به وسیله ضرایب استاندارد شده بار عاملی مشخص می‌گردد.



شکل ۲. آزمون مدل پژوهش (در حالت ضرایب Z)



شکل ۳. آزمون مدل اصلی تحقیق (در حالت ضرایب استاندارد)

همانطور که در اشکال فوق مشاهده می‌شود، رابطه بین متغیر توانمندسازی روانشناختی و سلامت روانی با ضریب مسیر استاندارد $\beta = 0.752$ مورد قبول واقع شده است ($t > 1.96$). از آنجایی که ضریب مسیر عددی مثبت است، لذا رابطه مستقیم دو متغیر را می‌توان نتیجه گرفت. با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت که بین توانمندسازی روانشناختی با سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار رابطه وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از تحقیق حاضر بررسی رابطه توانمندسازی روانشناختی با سلامت روانی زنان سرپرست خانوار شهر رشت بوده است. نتایج یافته‌های تحقیق نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین دو متغیر توانمندسازی روانشناختی و سلامت روانی وجود دارد. نتایج این فرضیه با یافته‌های نیک‌منش و کلانتری (۱۵)، مجیدی‌پرست و عسگری (۱۶)، ابریشم‌کش و همکاران (۱۷)، سلمانی‌پور و همکاران (۱۸)، صفا و بابایی (۱۹)، عباس‌زاده، بوداقی و اقدسی علمداری (۲۰)، نیتی و جاور (۲۱) و شارانگا و همکارا (۲۲) همراستا می‌باشد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که سلامت زنان تحت تاثیر شرایط مناسب خانواده، روابط درون خانوادگی و حمایت‌های اجتماعی و غیره قرار دارد. از طرفی، برخورداری از توانمندسازی روانشناختی به عنوان عاملی مهم در ارتباط با توسعه و رفاه اقتصادی-اجتماعی، کسب آگاهی بهداشتی و در نهایت ارتقاء توانمندی زنان شناخته شده و منجر به افزایش سلامت زنان می‌شود. در واقع، تحقیقات صورت گرفته حاکی از ضعف زنان سرپرست خانوار از منظر اجتماعی دارد. این افراد غالباً دارای شبکه اجتماعی ضعیف و محدود به شبکه خویشاوندی بوده و حضورشان در محیط اجتماعی محدود می‌باشد. از همین رو، آموزش توانمندسازی روانشناختی می‌تواند به عنوان عاملی انگیزشی در راستای بالا بردن مشارکت اجتماعی-سیاسی و سلامت اجتماعی زنان سرپرست خانوار نسبت به فرهنگ‌سازی و تغییر نگرش جامعه به آسیب دیدگی این گونه خانواده‌ها و همچنین رفع انزوای اجتماعی آنها راه‌گشا باشد.

توانمندسازی زنان به این معناست که آنها بر شرم بی‌مورد خود فائق آیند، کردار و گفتارشان پر از اعتماد به نفس و اطمینان خاطر باشد، قادر به ارزیابی صحیح و شناخت واقعی خویشتن باشند، به استعدادها و محدودیت‌های درونی خویش آگاه باشند، قدرت رویارویی با دشواری‌ها را داشته باشند، از توانایی و قابلیت نیل به اهداف خویش برخوردار باشند و بتوانند با افزایش توانمندی خویش به هدف‌های مورد نظر برسند (۲۳).

مهمترین مرحله توانمندسازی نقطه شروع آن است. این نقطه در درون افراد قرار دارد. برای حرکت در چهارچوب توسعه، بویژه در خصوص منابع انسانی توانمند، ابتدا باید از تغییرات فکری و نگرشی فرد آغاز کرد. ترویج وسیله‌ای مهم و غیرقابل چشم‌پوشی برای ایجاد تغییرات داوطلبانه در افراد است. همچنین، توانمندسازی از جایی آغاز می‌شود که بی‌قدرت‌ترین افراد (افراد فقیر و حاشیه‌ای مثل زنان) جای دارند و باعث می‌شود مردم از بیرون فرآیند توسعه به درون آن آورده شوند (۲۴).

زنان قلب توسعه اقتصادی-اجتماعی هر ملت می‌باشند. زنان نیمی از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند. آنها دو سوم کار جهان را انجام می‌دهند و تنها از یک دهم درآمد جهان و یک صدم مالکیت دارایی‌های جهان برخوردارند. توانمندسازی زنان نه تنها به نفع زنان بلکه به نفع کل خانواده می‌باشد. زنان با درآمدی که بدست می‌آورند، چیزی برای خود پس‌انداز نمی‌کنند، بلکه همه را صرف خانواده می‌کنند. این درحالی است که مردان تنها ۵۰ تا ۶۸٪ از درآمد خود را به خانه می‌آورند. بنابراین سرمایه‌گذاری برای ارتقای موقعیت اقتصادی زنان تاثیری چندبرابر در خانواده نسبت به مردان دارد (۲۵).

در نهایت، می‌توان گفت که هدف اصلی توانمندسازی روانشناختی، پرورش قابلیت‌ها، توانایی و شکوفایی استعدادها، گسترش فرصت‌ها و اشتغال، افزایش درآمد، بهبود کیفیت زندگی و برخورداری از زندگی سالم و خلاق در محیط زیستی پایدار است. بر این اساس، زنان سرپرست خانوار می‌توانند با داشتن سلامت روانی به سمت فرآیند درآمدزایی و اشتغال بروند و با انگیزه و اتکاء به قابلیت‌های خود، فرصت‌های جدیدی را در زندگی فردی و اجتماعی برای خود ایجاد کنند.

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به عدم در نظر گرفتن زنان سرپرست خانواری که تحت پوشش این کمیته نبوده و به واسطه مستمری همسران خود یا درآمد شخصی امرار معاش می‌کنند، اشاره نمود. همچنین یکی دیگر از محدودیت‌های

تحقیق حاضر عدم در نظر نگرفتن تفاوت زنان سرپرست خانوار شهری و روستایی اشاره نمود که با توجه به نوع زیست‌بوم مختلف آنها، تفاوت‌های محسوسی بین این دو گروه قابل تصور است. از طرفی، امکان کنترل سایر متغیرهایی که به نوعی با متغیرهای اصلی تحقیق ارتباط دارند و بر آن تاثیر می‌گذارند (مانند طبقه‌ی اجتماعی، سطح تاب‌آوری، راهبردهای مقابله‌ای و غیره) فراهم نبوده است.

بر اساس یافته‌های پژوهش صورت گرفته می‌توان گفت که توانمندسازی روانشناختی فرایند قدرت بخشیدن به افراد است که به آنها کمک می‌شود تا احساس توانایی و شایستگی خویش را بهبود بخشند و بر احساس ناتوانی و درماندگی غلبه کنند. از این جهت پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی توانمندسازی زنان نیز به عنوان یکی از برنامه‌های مؤثر در دستور کار کمیته امداد و سایر نهادهای حمایتی قرار گیرد. برنامه آموزش توانمندسازی روانشناختی زنان سرپرست خانوار کمیته امداد امام خمینی (ره) با به‌کارگیری سیستماتیک دانش‌ها، مهارت‌ها، نگرش‌ها و ارزش‌ها می‌تواند موجب رشد و شکوفایی زنان در ایفای نقش خود به عنوان عضوی از خانواده شده و آنها را از درماندگی در تصمیم‌گیری‌های زندگی و تسلط و کنترل بر زندگی شخصی و بالا بردن کیفیت زندگی شخصی و خانوادگی‌شان سوق دهد.

منابع:

1. Herbst, C. M. Footloose and fancy free? Two decades of single mothers' subjective well-being. *Social Service Rev*, 2012; 86(2): 189-222.
2. Cheeseman, S., Ferguson, C., & Cohen, L. The experience of single mothers: Community and other external influences relating to resilience. *Aust. Community Psychol*, 2011; 23: 32-49.
3. Thomas, K.W. & Velthouse, B.A.. Cognitive elements of empowerment. An interpretive model of intrinsic task motivation. *Academy of management review*, 1990. 15(4):666-681.
4. Bhatt, A., & Bhatt, S. Impact of Microfinance on Empowerment of Rural Women in Gujarat. 2017. *Prajnan*, 45(4).
5. Chang, L. C., Shih, C. H., & Lin, S. M. The mediating role of psychological empowerment on job satisfaction and organizational commitment for school health nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *Inter J of Nursing Studies*, 2010; 47(4): 427-433.
6. Badiyapour, M., Salimi, H., & Kalantar Kousheh, S.M. The effectiveness of the psychological empowerment of mothers on reducing the conflicts of the mothers - children of the mothers of the health house of Tehran., *Clinical Psy Studies*, 1395; 6(23): 111-95.
7. Nili, M.R. The role of television in strengthening self-regulation and self-efficacy of women heads of households, Second Women's empowerment and empowerment conference for women heads of households, Tehran Municipality: Ladies' Affairs, 2009; 1(2): 21-34.
8. Rajmil, L., Roizen, M., Hidalgo-Rasmussen, C., Fernández, G., Dapuerto, J. J., & Working Group on HRQOL in Children in Ibero-American Countries. Health-related

- quality of life measurement in children and adolescents in Ibero-American countries, 2000 to 2010. *Value in Health*, 2012; 15(2): 312-322.
9. Hill, E. M. (2016). Quality of life and mental health among women with ovarian cancer: examining the role of emotional and instrumental social support seeking. *Psychology, health & medicine*. 2016; 21(5): 551-561.
 10. Connell, J, Brazier J, O’Cathain A, Lloyd-Jones M, & Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes*. 2012; 22(10): 138.
 11. Coyne, K. S., Kvasz, M., Ireland, A. M., Milsom, I., Kopp, Z. S., & Chapple, C. R. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *European urology*, 2012; 61(1): 88-95.
 12. Lacey, K. K., McPherson, M. D., Samuel, P. S., Powell Sears, K., & Head, D. The impact of different types of intimate partner violence on the mental and physical health of women in different ethnic groups. *J of Interpersonal Violence*, 2013;28(2): 359-385.
 13. McFarland, M. J. Religion and mental health among older adults: Do the effects of religious involvement vary by gender? *J of Gergy Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2009; 65(5): 621-630.
 14. Kerr, D. L., Santurri, L., & Peters, P. A comparison of lesbian, bisexual, and heterosexual college undergraduate women on selected mental health issues. *J of Am College Health*, 2013;61(4): 185-194.
 15. Majidi Parast, S., & Asgari, A.. Empowering women headed by households with emphasis on cooperatives, Fourth National Conference on Sustainable Development in Education and Psychology, Social and Cultural Studies, 2017.
 16. Nikmanesh, Z., Kalantari, N. The role of religious coping practices in psychological well-being of women headed by households in Hashtrood, *J of Women and Society*, 2017; 8(2): 128-115.
 17. Abharishmakesh, S., Ardalan, A., Kafi Masouleh, S.M., & Fallahi Khesht Masjedi, M. The relationship between psychological hardiness and resiliency with mental health in Guilan pre-hospital emergency technicians, *Nursing and Midwifery Faculty*, 2016;19(4): 18-10.
 18. Salmanpour, S., Bayramnejad, H., Rajabi, F. Effectiveness of Psychological Empowerment in Promotion of General Health in Women-Headed Households., *J of Asian Scientific Research*, 2016;6(7): 120.
 19. Safa, S., Babai, M. Affecting Factors on Empowerment of Women Who Headed Households, 2014, (Case Study Delfan City, Lorestan Province in Iran).

20. Abbaszadeh, M., Budaghi, A., Aghdasi Alamdari, F. Empowering female headed households with emphasis on native strategies, Proceedings of the National Conference on Empowerment, 2014;1(2):164-139.
21. Neethi, M. S., Jawer, D. Employment and Economic Wellbeing of Single Female-Headed Households. 2017,
22. Sharaunga, S., Mudhara, M., Bogale, A. Effects of 'women empowerment on household food security in rural KwaZulu-Natal province, Development Policy Review, 2016;34(2):223-252.
23. Hunter, B. A., Jason, L. A., Keys, C. B. Factors of empowerment for women in recovery from substance use, A J of community psy, 2013;51(1-2), 91-102.
24. Srivastava, N. Women empowerment: A Key Factor to Economic Development-A Comparative study of Rural and Urban India, International, J of Eng Scand Computing, 2016; 6(6): 7084-7089.
25. Dominic, B., Jothi, C. A. Education-A tool of Women Empowerment: Historical study based on Kerala society. 2008, development, 5.